

FR_GERICHTE 605 2021 107 vom 6. April 2022

FR Kantonsgericht, 2022-04-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_107

FR: FR_GERICHTE 605 2021 107 du 6 avril 2022

IT: FR_GERICHTE 605 2021 107 del 6 aprile 2022

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile, auprès de l'autorité judiciaire compétente, par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

E. 2

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). Les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont ici pas applicables au vu de la date de la décision querellée.

E. 3.1

Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), est réputé invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

E. 3.2

Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art.

E. 3.3

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux d'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente ; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). D'après l'art. 16 LPGGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celles-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale. Il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418).

4. Selon l'art. 17 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

4.1. A teneur de l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

4.2. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGGA (arrêts TF 8C_671/2020 du 14 avril 2021 consid. 3.1, 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1, et les références citées).

4.3. Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au

droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêt TF 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1 et la référence citée). 5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 6. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'autorité intimée a supprimé la demi-rente d'invalidité de la recourante à l'issue de la révision d'office initiée le 1er octobre 2018. Pour répondre à cette question, il faut, selon la jurisprudence susmentionnée en matière de révision, déterminer si son taux d'invalidité s'est modifié en comparant son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la décision du 31 janvier 2018, dernière décision entrée en force

qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec celui qui était le sien à la date à laquelle la décision querellée a été rendue, soit le 8 avril 2021. Ceci relève avant tout d'une appréciation médicale de la situation. 6.1. Au moment de la décision du 31 janvier 2018, la situation médicale était la suivante : La recourante présente une obésité morbide avec un IMC autour de 48, une narcolepsie avec cataplexie, HLA positive, associée à un trouble du sommeil paradoxal et à un syndrome des mouvements périodiques d'intensité modérée, un syndrome des apnées-hypopnées du sommeil avec échec de traitement par CPAP et un état dépressif (diagnostics posés par son médecin traitant, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale, dans son rapport du 14 janvier 2016). Toujours selon son médecin traitant, l'activité actuelle d'esthéticienne correspond déjà parfaitement à ce que sa patiente pourrait effectuer et elle a une diminution de rendement d'environ 50% depuis le 6 juillet 2015 et pour une durée indéterminée. Elle souffre de fatigue, de troubles de la concentration, de manque d'énergie vitale et d'accès de somnolence. Il relève qu'un éventuel by-pass gastrique pourrait améliorer une partie des troubles, notamment en diminuant le syndrome des apnées du sommeil et en permettant une meilleure mobilité. Dans un rapport médical non daté, la Dre G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie qui suit l'assurée depuis le 13 juillet 2015, indique que sa patiente présente une narcolepsie avec cataplexie et une obésité importante. Elle souffre également d'un état anxio-dépressif actuellement stabilisé avec un traitement antidépresseur, lié à son statut d'indépendante. Elle est souvent très tendue, stressée et angoissée par rapport à son travail et à la gestion de ses troubles du sommeil et de son désir de perdre du poids. Il semblerait que le stress ou les émotions importantes la figent (absence). Avec le traitement antidépresseur et en travaillant à 50%, la thymie s'est stabilisée. Ainsi, ce médecin considère que l'activité exercée est encore exigible à 50%. Le spécialiste du centre du sommeil du CHUV, le Dr H. _____, estime que l'incapacité de travail est de 25% pour les raisons « somnologiques » (cf. rapport médical du 3 novembre 2015). Un surplus d'incapacité de travail est à justifier par la surcharge pondérale importante et la comorbidité psychiatrique. Amené par l'OAI à se prononcer sur l'état de santé de l'assurée, le Dr I. _____, médecin SMR, estime dans sa prise de position du 12 avril 2016 que, compte tenu de la complexité des atteintes à la santé, du flou qui persiste concernant le traitement du SAS et concernant le diagnostic psychiatrique et son impact sur la capacité de travail, des estimations non concordantes de la capacité de travail par les différents médecins traitants, et enfin du très jeune âge de l'assurée, une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, neurologie et psychiatrie est nécessaire afin d'établir de manière simultanée et consensuelle quelles sont les atteintes à la santé, leur

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 répercussion sur la capacité de travail exigible et les mesures thérapeutiques exigibles à titre de l'obligation de réduire le dommage. L'expertise pluridisciplinaire a été confiée à J. _____ SA, à K. _____ (cf. pièce 156 dossier AI). Suite au consensus du 14 octobre 2016, les experts (Dr L. _____, spécialiste en médecine générale interne, Dr M. _____, spécialiste en neurologie et Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie) posent les diagnostics suivants avec incidence sur la capacité de travail dans la dernière activité exercée : narcolepsie et cataplexie, obésité morbide BMI 50, syndrome d'apnées du sommeil, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans symptôme psychotique (F33.2). Les experts évaluent la capacité de travail à 50% dans l'activité habituelle au moment de leur examen, sous réserve d'amélioration de l'état physique avec un potentiel d'augmentation lié à la perte de poids à envisager. L'incapacité partielle de travail est liée, tant au niveau physique que psychologique à de multiples

facteurs organiques et à un état anxio-dépressif. Ils précisent que l'assurée n'a pas besoin d'une autre activité adaptée. Le travail d'esthéticienne est déjà un travail adapté pour l'assurée, vu qu'il se pratique principalement assis. A la date de l'expertise, il y a un retrait social, une atteinte dépressive importante, l'assurée n'a plus de loisirs, plus d'activités sociales. Elle a complètement investi son travail d'esthéticienne à 50%, mais qui induit une fatigabilité accrue avec des moments de repos importants, besoin de faire une sieste et de se reposer. Elle travaille chaque matin comme esthéticienne, l'après-midi étant dévolu au repos. Ce taux d'activité lui convient très bien. L'assurée s'estime alors trop fatiguée pour avoir une activité plus importante en pourcentage. Par contre, elle s'estime capable d'augmenter progressivement son pourcentage d'activité, c'est-à-dire de passer progressivement de 50% à 100% pour autant que les problèmes d'obésité, d'apnées du sommeil et de narcolepsie/cataplexie connaissent une évolution favorable. Selon le Dr L. _____, le profil d'effort au niveau de la médecine interne générale est diminué dans le cadre de son obésité morbide, du syndrome d'apnées du sommeil et de la fatigabilité et par les crises de narcolepsie et de cataplexie, associées à un traitement médicamenteux lourd. Une perte de poids devrait être entreprise pour améliorer le syndrome d'apnée du sommeil ainsi que les états narcoleptiques/cataplexiques, ce qui permettrait d'augmenter la capacité de travail. Dans son activité professionnelle, elle peut avoir des épisodes d'endormissement, parfois la cliente ne remarque rien, parfois elle le lui fait remarquer. Les épisodes narcoleptiques ou d'endormissements dus au syndrome d'apnée du sommeil sont relativement fréquents puisqu'ils ont lieu une à deux fois par jour. Les épisodes de cataplexie avec par exemple relâchement du tonus de la nuque sont nettement moins fréquents puisque survenant une fois par mois voire moins souvent, la cataplexie étant presque inexistante depuis qu'elle est traitée par l'Exeфор, débutée il y a environ une année. L'assurée évite aussi de regarder des films d'horreur ou des films à suspense qui peuvent lui déclencher des crises. Depuis qu'elle prend un traitement de Concerta, son état de somnolence et ses crises ont beaucoup diminué, mais elle présente toujours une fatigabilité accrue, l'empêchant de travailler à 100%. Elle présente aussi un état dépressif avec idées suicidaires depuis une année et c'est la raison pour laquelle elle bénéficie d'un traitement antidépresseur et est suivie régulièrement par la Dre G. _____. L'assurée considère que ses maladies (la narcoplexie, l'obésité) sont invalidantes. La fatigue l'empêche de travailler efficacement car elle craint la survenue d'une crise de narcolepsie,

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 d'endormissement et/ou de chute devant le client. De ce fait, dépressive, elle estime que sa capacité de travail d'esthéticienne à 50% paraît adaptée. Elle voudrait l'augmenter progressivement dès l'amélioration de sa santé, la perte de poids. Selon les experts, l'élément de surpoids, dont la patiente est consciente, devrait faire l'objet d'un traitement par bypass, les cures diététiques n'ayant pas été efficaces puisque l'assurée a pris plus de 10 kg en une année, passant de 120 kg à 130 kg. Au moment de l'expertise, la capacité de travail est maintenue à 50% et cette dernière devrait être réévaluée suite au traitement de bypass. Le Dr N. _____ pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans symptôme psychotique (F33.2). Pour l'expert, au jour de l'expertise, au poste d'employée esthéticienne, la capacité de travail avec aménagement des horaires demeure à 50% pour des raisons cependant principalement physiques. En effet, l'assurée organise et gère son temps de travail à sa convenance, donc, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail peut être considérée comme totale à 100% (malgré les limitations psychiques, l'humeur dépressive et les troubles cognitifs). Il considère qu'il faut favoriser le maintien de l'assurée à son poste de travail d'esthéticienne à 50% en attendant

une amélioration de l'état de santé (primairement une perte de poids), qui améliorerait également l'humeur dépressive en revalorisant l'assurée. Les experts relèvent qu'il n'y a pas de facteurs étrangers à l'invalidité (tels que chômage, situation économique difficile, niveau de formation ou facteurs socioculturels), il n'y a pas non plus d'exagération des symptômes et le pronostic est favorable si le problème d'obésité trouve une solution satisfaisante, ce qui permettrait vraisemblablement d'influencer favorablement le syndrome d'apnée du sommeil tout comme le syndrome de narcoplexie/cataplexie et donc d'augmenter considérablement la capacité de travail. Le Dr I. _____ s'est prononcé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire le 23 novembre 2016. Il considère que les conclusions de ce rapport peuvent être validées sur le plan médical. L'opération de chirurgie bariatrique a eu lieu le 5 juillet 2017. L'assurée a vu sa psychiatre à plusieurs reprises, entre autres le 30 août 2017 et le 18 septembre 2017. Dans son rapport médical du 18 janvier 2018, le Dr H. _____ indique avoir effectué une polysomnographie du 2 au 3 novembre 2017 et avoir vu l'assurée en consultation le 12 décembre 2017 au centre d'investigation et de recherche sur le sommeil. Il indique que le bien-être de l'assurée est parasité à la fois par la narcolepsie/cataplexie, qui est actuellement contrée de façon maximale par une trithérapie, et par un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil sévère qui reste présent en dépit d'une réduction pondérale assez conséquente. Dans son rapport médical du 17 avril 2018, le Dr O. _____, médecin au centre du sommeil du CHUV, lequel a repris le suivi de l'assurée dans ce centre, relève qu'elle continue à présenter des accès de somnolence diurne, elle n'a pas présenté d'accès de cataplexie majeur, elle peut avoir des hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques, mais pas de paralysie du sommeil. Il précise qu'elle a perdu une trentaine de kilos depuis son bypass (102 kg ce jour). Il mentionne que la confection d'une prothèse d'avancement mandibulaire semble être la meilleure option pour le traitement des apnées vu qu'elle a très mal toléré le CPAP.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 6.2. Dans le cadre de l'instruction de la révision d'office du droit à la rente du 1er octobre 2018, qui a abouti à la décision de suppression de rente du 8 avril 2021 – date à laquelle il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante a évolué et si elle a recouvré une plus grande capacité de travail – l'OAI a recueilli l'avis des médecins traitants puis a mis en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Dans son rapport médical du 8 octobre 2018, le Dr P. _____, spécialiste en endocrinologie et en diabétologie, lequel a vu l'assurée environ une année après son bypass gastrique, constate que, sur le plan pondéral, l'évolution postopératoire n'est pas satisfaisante en ce sens que la perte pondérale est inférieure à ce qui avait été attendu. Sur le plan alimentaire, l'assurée arrive à manger de tout sans difficulté et, sur le plan psychologique, elle est relativement contente du résultat obtenu et elle réfère d'une amélioration significative de sa qualité de vie, mais elle souhaiterait encore perdre du poids. Dans son rapport médical du 7 décembre 2018, son médecin traitant, le Dr F. _____ indique que l'état est stationnaire, qu'il n'y a pas de restriction physique notable, que l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à 50% et que, s'agissant d'une autre activité, l'assurée se sent néanmoins prête à assumer une activité comme employée de commerce. Ainsi, la seule façon de clarifier une éventuelle capacité résiduelle serait de pouvoir l'exposer à ce type d'activité. Dans son rapport médical du 15 février 2019 à l'OAI, la Dre Q. _____, médecin au centre du sommeil du CHUV, laquelle a succédé au Dr O. _____ pour le suivi de l'assurée, indique voir cette dernière tous les trois mois. Elle précise que la situation somnologique est stable et que le traitement est bien toléré. Elle indique que la capacité de travail est toujours réduite en raison de la somnolence et qu'il

existe des limitations fonctionnelles en raison des troubles de la vigilance et des perturbations cognitives. Dans son rapport médical du 15 février 2019 au Dr F. _____, le Dr H. _____, affirme que l'assurée travaille actuellement à 100% comme employée de commerce (on verra plus loin que cela n'est pas le cas). Elle a de la peine à rester réveillée toute la journée (elle pratique en fait de très courtes siestes et est souvent réveillée par des collègues). L'examen polysomnographique avec CPAP montre un index d'apnées/hypopnées dans la norme (1,8/h ; norme < 5/h). Il persiste cependant des paramètres du sommeil pathologique mis sur le compte de la narcolepsie, avec une somnolence diurne résiduelle et un temps de latence à l'endormissement réduit, malgré un traitement pharmacologique (Modasomil 400mg/j). Un traitement de Ritaline a été ajouté. Appelé à se prononcer, le Dr I. _____ mentionne le 10 juillet 2019 que l'assurée s'est soumise à une chirurgie bariatrique en juillet 2017 et a perdu 30 kg. Quant au syndrome d'apnées du sommeil, le médecin SMR constate qu'il est traité de manière satisfaisante par CPAP, comme le démontre la polysomnographie. Il persiste cependant des troubles du sommeil et un certain degré de somnolence diurne, contre-indiquant notamment la conduite, mis en relation avec la narcolepsie/cataplexie et pas complètement résolu par les traitements pharmacologiques prescrits. Il note que la dépression semble résolue et ne semble plus être la source d'une réduction de la capacité de travail. L'assurée n'a d'ailleurs plus de suivi psychiatrique depuis une date inconnue. Il relève enfin que la capacité de travail actuellement exigible n'est pas chiffrée au dossier, cependant, l'assurée aurait repris une activité à 100% probablement depuis quelques mois. Il indique à l'OAI qu'il faut vérifier que cela est bien le cas et, dans le cas contraire, fixer l'exigibilité médico-théorique par un complément d'instruction médicale.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 Dans un courrier du 23 juillet 2019, l'assurée, répondant à la demande de renseignements complémentaires de l'OAI, précise qu'elle travaille depuis le 1er mars 2019 en tant qu'assistante administrative à 50% et non pas à 100%. Elle joint son contrat de travail à son envoi. L'OAI a décidé de confier une expertise pluridisciplinaire à R. _____, à S. _____ (cf. pièce 387 du dossier AI). L'assurée a été examinée par le Dr T. _____, spécialiste en médecine interne générale, par le Dr U. _____, spécialiste en neurologie et par le Dr V. _____, spécialiste en psychiatrie. Les experts posent les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) dès 2017 actuellement d'évolution tout à fait favorable, de narcolepsie-cataplexie, d'obésité de grade 3, de syndrome d'apnées obstructives du sommeil non suffisamment stabilisé, de carence en ferritine. Dans leur rapport d'expertise du 3 juillet 2020, ils indiquent que, sur le plan médical, l'assurée présente des problèmes de poids depuis l'enfance et que cette problématique va s'aggraver à partir de 2009 et la découverte d'une narcolepsie-cataplexie. C'est également en 2009 que va être mis en évidence un syndrome d'apnées obstructives du sommeil pour lequel un traitement par CPAP est conseillé, mais qu'elle ne va pas supporter. Le poids continue de grimper et finalement le 5 juillet 2017, elle subit une intervention de type by-pass qui va, dans un premier temps, lui permettre de perdre environ 30 kg, mais dans un deuxième temps, sans cause vraiment évidente, elle va reprendre tout le poids perdu et retrouver son poids initial d'avant intervention. La problématique d'apnées du sommeil va finalement plus ou moins se résoudre avec la mise en place, depuis 2018, d'un autre appareil type CPAP (par rapport à 2009, il y a eu une évolution du matériel). La tolérance est plus ou moins correcte. Cependant, la compliance n'est pas encore parfaite. Elle n'utilise pas forcément l'appareil toute la nuit. Elle présente encore une importante fatigue avec des signes de somnolence diurne qui peuvent également être mis sur le compte de la pathologie

associée à type de narcolepsie-cataplexie. En raison de cette dernière, elle a été mise au bénéfice d'un traitement complexe comportant Ritaline puis Concerta, Modasomil puis Xyrem et Wakix et Venlafaxine. Les experts de R. _____ relèvent ensuite que, sur le plan professionnel, il a été reconnu à l'assurée initialement une incapacité de travail de 25% par le Dr H. _____ en raison des troubles neurologiques et globalement une incapacité de travail de 50% (voir notamment ci-dessus, consid. 7.1., rapport médical du 3 novembre 2015). Du point de vue neurologique, la situation semble s'être considérablement améliorée puisque l'assurée ne signale plus que 5 à 6 accès de somnolence par jour et des phénomènes cataplexiques rares. Le syndrome des apnées du sommeil est également moins important bien qu'imparfaitement contrôlé du fait du port irrégulier et insuffisant de la CPAP. Durant toute l'anamnèse et l'examen neurologique, l'expert neurologue a ainsi pu observer une patiente collaborante, adéquate, normo- vigile, n'ayant présenté ni accès de somnolence ni phénomène cataplexique et n'ayant pas donné l'impression d'une fatigue/fatigabilité anormale.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 Compte tenu du fait que même en situation initiale, le Dr H. _____ n'avait retenu qu'une incapacité de travail de 25% en relation avec les troubles neurologiques et étant donné l'amélioration intervenue sur le plan thymique et neurologique, les experts estiment que la reconnaissance d'une incapacité de travail de 25% depuis début 2018 paraît raisonnable, le 25% d'incapacité de travail autorisant ainsi l'assurée à se reposer et tenant compte d'éventuels accès de somnolence diurne. Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse retient qu'en lien avec la problématique de l'obésité, la pathologie du sommeil dont elle souffre, ainsi qu'une symptomatologie anxieuse (d'intensité moyenne) et dépressive (d'intensité moyenne) réactionnelle signalée par elle, a nécessité un suivi psychiatrique psychothérapeutique dès juillet 2017 chez la Dre G. _____. La recourante mentionne une évolution favorable de cette symptomatologie ayant permis un arrêt des consultations spécialisées dès le printemps 2018. L'examen psychiatrique montre que l'évaluation est continue, que l'expertisée garde le focus. Elle ne pleure pas, elle sourit, elle plaisante, elle a de l'humour. Elle est précise et collaborante. Elle n'est pas en retrait, elle n'est pas prostrée, l'intonation de la voix est bonne. Le débit de parole ne montre ni logorrhée ni ralentissement. L'humeur est anxieuse (intensité faible), l'expertisée est euthymique. Il n'y a pas de troubles cognitifs. Elle est compliante au niveau de la médication. En conclusion, le tableau clinique est compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), l'évolution réactionnelle est trop longue pour retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation. Le diagnostic retenu est un peu différent de celui qui figure dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 17 novembre 2016 : troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen sans symptômes psychotiques. En effet, le Dr V. _____ n'objective pas de récurrence, son diagnostic prend mieux en compte la composante anxieuse de la symptomatologie. Sur le plan psychiatrique, l'évolution est favorable et les experts retiennent qu'il n'y a plus d'incapacité de travail depuis le 1er avril 2018. Il n'y a pas de diminution de rendement. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles. Les experts ne retiennent pas non plus le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ou un autre diagnostic psychosomatique. L'expertisée est pourvue de ressources. Au final, de façon consensuelle, les experts estiment de façon médico-théorique que la capacité de travail actuelle est de 75% (temps de présence et rendement confondus) depuis avril 2018, grâce au traitement et à l'évolution favorable sur le plan thymique. La capacité de travail dans une activité adaptée est identique à celle présentée dans l'activité habituelle. Le 11 mars 2021, l'OAI a adressé à R. _____ les

remarques du mandataire de la recourante sur les conclusions du rapport d'expertise et lui a demandé de bien vouloir y répondre et d'indiquer si elles sont susceptibles de remettre en cause les conclusions des experts. Le 31 mars 2021, les experts de R. _____ ont répondu à l'OAI que les documents mis à leur disposition ne comportaient aucun élément médical nouveau et plus généralement pas d'éléments susceptibles de remettre en cause les diagnostics retenus ni l'analyse des limitations fonctionnelles qui en découlent. 6.3. A la lecture des rapports médicaux précités, la Cour de céans constate qu'au moment de la première expertise pluridisciplinaire confiée à J. _____ SA, l'atteinte à la santé directement responsable de l'incapacité de travail était le syndrome des apnées du sommeil. En effet, la

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 narcolepsie/catalepsie, à raison d'une crise par mois, n'est à juste titre pas considérée par l'expert neurologue comme cause d'une diminution de la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre ne considérait pas le trouble de l'humeur comme responsable d'une incapacité de travail. Ce trouble était secondaire à l'obésité, d'une part comme conséquence des apnées nocturnes, d'autre part en lien avec la mauvaise image de soi qu'induisait le surpoids. Les limitations fonctionnelles qui réduisaient la capacité de travail à 50% à l'époque de l'expertise J. _____ SA dans l'activité habituelle d'esthéticienne, qui était une activité adaptée, comme dans toute autre activité, étaient la fatigabilité et la somnolence diurne résultant principalement du syndrome d'apnées du sommeil non traité. A l'époque, le Dr I. _____ avait relevé que l'état de santé devait être considéré comme non stabilisé dans la mesure où les possibilités thérapeutiques n'étaient pas épuisées. Il préconisait ainsi une chirurgie bariatrique (désigne les interventions chirurgicales de perte de poids en cas de surpoids excessif), laquelle serait de nature à améliorer considérablement la capacité de travail pouvant aller jusqu'à 100% selon l'avis des experts ainsi qu'une optimisation de la prise en charge psychiatrique conformément à l'avis de l'expert (renforcement de la psychothérapie avec une plus grande fréquence des consultations et de la médication psychotrope c'est-à-dire de l'antidépresseur). Il proposait que la situation médicale et l'exigibilité soient réévaluées après que les mesures susmentionnées aient déployé leurs effets. Conformément à son obligation de réduire le dommage et suivant les recommandations des premiers experts - qui étaient d'avis qu'elle devrait suivre un traitement par bypass, lequel en lui permettant de perdre du poids, serait de nature à améliorer sa capacité de travail -, l'assurée a accepté de subir une opération de chirurgie bariatrique qui a eu lieu le 5 juillet 2017.

Malheureusement, cette opération n'a pas eu l'effet escompté. En effet, si dans un premier temps, l'assurée a perdu une trentaine de kilos (cf. rapport médical du Dr O. _____ du 17 avril 2018), peu à peu, elle va reprendre tout le poids perdu et retrouver son poids initial d'avant intervention (cf. expertise R. _____ du 3 juillet 2020). Cela dit, comme l'ont relevé les derniers experts, ce diagnostic d'obésité n'est pas incapacitant en soi mais il a tout au plus une incidence sur le rendement de l'assurée. Les experts de R. _____ l'ont pris en compte en fixant globalement la capacité de travail à 75%, dans le sens que, pour un temps de présence de 75% sur une journée de huit heures, permettant à l'assurée de se reposer, il n'y aurait plus de baisse de rendement supplémentaire. S'agissant ensuite du syndrome d'apnées du sommeil, soit l'atteinte à la santé directement responsable de l'incapacité de travail, l'on constate que la situation s'est améliorée depuis la décision d'octroi de la demi-rente du 24 avril 2018. En effet, l'examen polysomnographique avec CPAP réalisée en février 2019 montre un index d'apnées/hypopnées dans la norme (cf. rapport médical du Dr H. _____ du 15 février 2019). Ainsi, la Cour constate que le

syndrome d'apnées du sommeil est traité de manière satisfaisante par CPAP depuis 2018. Il faut encore préciser ici qu'il ne s'agit plus de l'appareil CPAP que l'assurée avait mal toléré au début de son traitement. Il y a en effet eu une évolution du matériel entretemps et le dernier modèle est toléré par l'assurée même si

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 les experts notent que sa compliance n'est pas encore parfaite puisqu'elle n'utilise pas forcément l'appareil toute la nuit. Ainsi, le syndrome des apnées du sommeil pourrait encore être traité de manière plus optimale par un port plus régulier de la CPAP. Or, une parfaite compliance de l'assurée peut être exigée d'elle en vertu de son obligation de diminuer le dommage vis-à-vis de l'assurance- invalidité. Durant la dernière expertise pluridisciplinaire, l'examen clinique de l'assurée n'a pas non plus permis de relever des accès de somnolence ni de phénomène cataplexique. Elle a gardé le focus pendant les entretiens spécialisés et n'a pas donné aux experts l'impression d'une fatigue, respectivement d'une fatigabilité anormale. Quant au trouble psychique, l'expert psychiatre de R. _____, tout comme l'expert psychiatre de J. _____ SA avant lui, considère qu'il n'a pas d'effet sur la capacité de travail de l'assurée. De plus, les troubles anxieux et dépressifs se sont amendés suite à la médication psychotrope (antidépresseur) et à la psychothérapie. L'assurée reconnaît elle-même une évolution favorable de cette symptomatologie, ce qui a permis un arrêt des consultations auprès de la Dre G. _____ dès le printemps 2018. 6.4. Dans son recours, l'assurée formule plusieurs griefs. Son premier grief concerne le choix de la spécialité de l'un des médecins experts. En effet, selon elle, ce n'est pas un neurologue qui aurait dû l'expertiser mais un expert en médecine du sommeil. C'est la raison pour laquelle elle demande la mise en place d'une expertise médicale judiciaire. Rappelons en premier lieu ici que la première expertise pluridisciplinaire réalisée en 2016, suite à laquelle une demi-rente d'invalidité avait été octroyée à l'assurée, avait été réalisée par les mêmes spécialistes (un médecin interne, un neurologue et un psychiatre) et à l'époque, la spécialité des différents médecins experts n'avait pas été critiquée. De plus, au moment où les noms et les spécialités des experts de R. _____ lui ont été communiqués le 14 février 2020, l'assurée n'a formulé aucune critique à l'encontre du choix d'un médecin neurologue pour analyser sa problématique médicale. Elle a attendu le dépôt de son recours pour formuler cette critique. Or, contrairement à ce que soutient l'assurée, un neurologue est un spécialiste compétent pour examiner sa problématique médicale. En effet, les neurologues sont formés pour apprécier le diagnostic de narcolepsie-cataplexie qui fait partie du domaine de la neurologie. D'autre part, les neurologues sont également formés pour apprécier les troubles du sommeil et leurs conséquences sur l'activité des patients, pour autant qu'ils disposent d'un examen polysomnographique tel que cela était le cas pour l'assurée. Ainsi, les remarques formulées par cette dernière à ce sujet ne sont pas pertinentes. Dans un deuxième grief, l'assurée reproche à l'OAI de ne pas avoir demandé de rapport médical actualisé à la Dre Q. _____, médecin qui la suit au centre du sommeil du CHUV. Cette dernière n'aurait été invitée qu'en 2019 à rendre un rapport de suivi alors que l'OAI aurait dû lui demander un rapport médical actualisé, complet, circonstancié, détaillant les diagnostics et leurs effets sur la capacité de travail et la diminution de rendement dans le cadre de la capacité de travail résiduelle. Elle formule la même remarque pour l'examen polysomnographique qui date de 2017. Force est de constater que la Dre Q. _____ qui suit l'assurée pour les problèmes d'apnées du sommeil n'a pas jugé nécessaire de refaire une polysomnographie après celle de 2017. Elle relève que, depuis son dernier contrôle en septembre 2019, la situation est toujours relativement stable et

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 que les différents traitements sont bien tolérés et relativement efficaces. Concernant le traitement par CPAP, elle déplore que celui-ci soit actuellement peu utilisé car l'assurée a présenté de nombreuses infections ORL et suit un traitement pour des soins dentaires. Elle indique que le traitement par CPAP doit cependant être repris depuis le mois de février 2020 de façon régulière (cf. rapport médical du 27 janvier 2020 de la Dre Q. _____ au médecin traitant). De plus, dans le cadre de leur expertise, les experts de R. _____ n'ont pas jugé nécessaire de demander des informations supplémentaires à la Dre Q. _____. Dans un troisième grief et en se fondant sur un rapport médical de son médecin traitant, le Dr F. _____, du 24 janvier 2021, l'assurée reproche à la partie neurologique de l'expertise pluridisciplinaire de n'avoir duré qu'une trentaine de minutes, temps insuffisant selon elle pour l'expertiser. Elle estime que les rendez-vous d'expertise ont été beaucoup trop brefs pour permettre une expertise satisfaisant aux critères posés par le Tribunal fédéral. Elle joint à son recours une attestation de son compagnon qui l'a accompagnée aux rendez-vous et qui confirme la durée de ceux-ci : le premier examen (psychiatrique) a duré 1h40 (de 13h30 à 15h10), le deuxième examen a duré 30 minutes (de 13h30 à 14h), alors que le neurologue n'est pas le spécialiste de la narcolepsie ni des syndromes d'apnées obstructives du sommeil, et le troisième examen (de médecine générale) a duré 1h30 (de 8h30 à 10h). Interrogés par l'OAI, les experts ont répondu que l'anamnèse prise auprès de la patiente, au vu de la complexité des questions figurant dans le questionnaire officiel de l'OAI, ne peut être effectuée en 30 minutes mais a duré au moins 60 minutes avec, en outre, un examen clinique détaillé. Ainsi, les experts relèvent que l'assurée a été examinée 2 fois 60 minutes pour les médecins somaticiens et une fois 95 minutes pour le psychiatre. A cet égard, la Cour relève que l'expertise pluridisciplinaire contient d'abord 10 pages d'évaluation consensuelle des experts, expliquant le motif et les circonstances de l'expertise, le contexte du mandat, les faits médicaux, l'évaluation médicale interdisciplinaire, les diagnostics, l'évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence, l'évaluation des ressources et des facteurs de surcharge, le contrôle de cohérence, la capacité de travail, la motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale, les mesures médicales ayant une incidence sur la capacité de travail. Puis suivent les expertises spécialisées de respectivement 28 pages (pour la médecine interne), 23 pages (pour la neurologie) et 24 pages (pour la psychiatrie) qui contiennent la synthèse des rapports médicaux précédents, l'entretien et les données fournies spontanément par l'assurée, l'anamnèse systématique, l'anamnèse familiale, l'anamnèse sociale, le déroulement détaillé et représentatif d'une journée type, les traitements suivis, les constatations lors de l'examen, les diagnostics, l'évaluation médicale et médico-assurantielle ainsi que les réponses aux questions du mandant. Au vu du contenu fourni et complet de l'expertise pluridisciplinaire, l'on doit reconnaître que l'assurée a été examinée suffisamment longtemps par les différents experts afin qu'ils soient à même de rendre des rapports aussi détaillés. Quoi qu'il en soit, le reproche formulé à l'encontre de l'expertise (durée insuffisante de l'entretien clinique neurologique) ne suffit pas pour admettre le recours et procéder à une expertise judiciaire, la recourante ne démontrant pas concrètement en quoi l'éventuelle correction du vice allégué serait susceptible d'influer sur le résultat de l'expertise. Enfin, ce rapport d'expertise de médecine interne, neurologie et psychiatrie de R. _____ remplit les critères formels de qualité définis par la jurisprudence. Sur le fond médical, les diagnostics attestés sont concordants avec les données cliniques rapportées et les critères de la CIM-10. Ils

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 confirment ceux attestés par les pièces médicales du dossier. Les limitations fonctionnelles décrites sont cohérentes avec les troubles constatés. L'exigibilité médicale fixée est cohérente avec les limitations fonctionnelles et les atteintes à la santé objectivées. 6.5. Sur le vu de ce qui précède, la capacité de travail et de gain à 75% dans l'activité actuelle ou une autre activité adaptée, doit être confirmée.

E. 7

En dernier lieu, la recourante critique le salaire de valide et d'invalidé retenus par l'OAI dans la décision attaquée du 8 avril 2021. La Cour de céans constate que le salaire de valide doit être corrigé en ce sens que l'OAI a retenu un salaire pour une activité à 80%, alors que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait travaillé à 100%. Selon l'OAI, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait poursuivi son activité professionnelle habituelle d'esthéticienne à plein temps et aurait obtenu un revenu annuel brut de CHF 48'000.- (CHF 4'000.- x 12). Il s'agit là de son revenu pour l'année 2015. Indexé à 0,8% selon l'indice des salaires nominaux, il correspond à CHF 48'384.-. Avec atteinte à la santé, les médecins qui l'ont expertisée ont estimé qu'elle pouvait travailler dans son activité actuelle d'assistante administrative mais à un taux plus élevé, en l'occurrence, 75%. A la date déterminante – les experts ont estimé que la capacité de travail actuelle est de 75% depuis avril 2018 – elle ne travaillait pas encore auprès de D. _____ AG de sorte que l'on doit se fonder sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2018 (ESS 2018, tableau TA1, Tirage Skill Level, pos. 77, 79-82, activité de service administratif) pour établir le salaire d'invalidé. Le salaire mensuel brut s'élève à CHF 3'911.- pour ce genre d'activité. Ce montant est calculé sur la base d'une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle est de 41,1 heures. Dès lors, le revenu mensuel à prendre en considération est de CHF 4'018,55, soit CHF 48'222,60 par année (CHF 4'018,55 x 12). Avec un horaire à 75%, le revenu annuel d'invalidé est fixé à CHF 36'166,95. La comparaison du salaire de valide (CHF 48'384.-) avec le salaire d'invalidé (CHF 36'166,95) donne un taux d'invalidité de 25,25%. Etant inférieur à 40%, il est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. La Cour de céans remarque également qu'avant l'apparition de l'atteinte à la santé, l'assurée était en fait employée de commerce. Pour calculer le taux d'invalidité, la Cour aurait ainsi pu se contenter de comparer directement les deux revenus, ce qui aurait également donné un taux d'invalidité de 25%.

E. 8.1

Ainsi, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée en tant qu'elle supprime la rente d'invalidité.

E. 8.2

La procédure n'étant pas gratuite, les frais de procédure sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais versée le 17 mai 2021.

E. 8.3

Pour les mêmes motifs, la recourante n'a pas droit à une indemnité de partie.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17

E. 9

La cause étant jugée au fond, la demande de restitution de l'effet suspensif (605 2022 49) est devenue sans objet et est par conséquent rayée du rôle. la Cour arrête : I. Le recours (605 2021 107) est rejeté. II. La demande de restitution d'effet suspensif (605 2022 49) est rayée du rôle. III. Les frais de procédure, par CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. IV. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 6 avril 2022/mfa Le Président : La Greffière-rapporteuse :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.